



WASHCAP  
PO BOX 45446  
OLYMPIA WA 98599-5446

Washington State Combined Application Program (WASHCAP)  
**ЗАЯВЛЕНИЕ НА ВСТУПЛЕНИЕ В ПРОГРАММУ WASHCAP /**  
**ПРОВЕРКА НАЛИЧИЯ ПРАВА НА УЧАСТИЕ**  
**WASHCAP APPLICATION/ELIGIBILITY REVIEW**

**WASHCAP** - это программа, которая позволит вам получить продовольственную помощь при получении Дополнительной социальной помощи (**SSI**).

Ставя свою подпись ниже, я заявляю, что:

- Мне рассказали о программе **WASHCAP**;
- Мне вручили брошюру о программе **WASHCAP**;
- Я понимаю свои права и обязанности в рамках программы **WASHCAP**; и
- Я понимаю, что буду получать продовольственное пособие через программу **WASHCAP**.

Я заявляю, что:

- Я проживаю отдельно или же покупаю и готовлю себе пищу отдельно от остальных жильцов моего дома.
- Я плачу \_\_\_\_\_ долларов в месяц за аренду / по закладной.  
(моя доля)

Я понимаю, что могу выбрать вариант подачи заявления на получение продовольственной помощи через обычную программу продовольственных пособий вместо программы **WASHCAP**, если плачу больше, чем:

- 35 долларов в месяц за медицинские расходы; или
- 544 долларов в месяц за жилищные расходы, не связанные с коммунальными услугами.

Я заявляю, что, насколько мне известно, все сведения, приведенные в данном заявлении, соответствуют истине и изложены верно. Мне известно, что если я не указал или неточно отразил какую-то информацию на этой форме, по законам штата Вашингтон это может считаться лжесвидетельством.

НАПИШИТЕ Ф.И.О. ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ИЛИ ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА
АДРЕС	ТЕЛЕФОН  НОМЕР ТЕЛЕФОНА ДЛЯ СООБЩЕНИЙ/ СОТОВОГО ТЕЛЕФОНА
ПОДПИСЬ	ДАТА